

напрямую связано с уровнем квалификации офтальмолога, его высокой онкологической настороженностью, возможностью использования современных визуализирующих систем, четким соблюдением требований к проведению диагностических мероприятий [2].

Сведения об авторах статьи:

Козина Елена Владимировна – д.м.н., зав. кафедрой офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева ФГБОУ ВО КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1. E-mail: el.kozina@yandex.ru.

Ворошилова Надежда Андреевна – врач-офтальмолог КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2А. Тел./факс: 8(391)222-02-62. E-mail: osodoc@mail.ru.

Браун Валентина Николаевна – зав. детской консультативно-диагностической поликлиникой КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница им. проф. П.Г. Макарова». Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Никитина, 1В. E-mail: braun_valentina_nik@mail.ru.

Голобардова Наталья Юрьевна – врач-офтальмолог КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница им. проф. П.Г. Макарова». Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Никитина, 1В. Тел./факс: 8(391)228-28-08. E-mail: golobardovan@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габдрахманова, А.Ф. К вопросу о своевременной диагностике объемных внутриглазных образований / А.Ф. Габдрахманова, А.А. Александров // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – № 2. – С. 140-141.
2. Итоги Всероссийской конференции «Научно-практические аспекты модернизации онкологической службы регионального уровня» / Р.А. Зуков [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – Т. 77, № 5. – С. 101-104.
3. Офтальмоонкология: руководство для врачей / А.Ф. Бровкина [и др.]. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.
4. Ретинобластома: клинические рекомендации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.avo-portal.ru/doc/fkr/approved/item/245-retinoblastoma> (дата обращения 25.12.2017).
5. Abramson, D.H. (Neonatal) Retinoblastoma in the First Month of Life / D.H. Abramson, T.T. Du, K.L. Beaverson // Arch. Ophthalmol. – 2002. – Vol. 120, № 6. – P. 738-742.
6. Congenital retinoblastoma: a case report / D. Plotsky [et al.] // J Pediatr Ophthalmol Strabismus. – 1987. – Vol. 24, № 3. – P. 120-123.
7. Kivelä, T.T. Neonatal Retinoblastoma / T.T. Kivelä, T. Hadjistilianou // Asia Pac. J. Oncol. Nurs. – 2017. – Vol. 4, № 3. – P. 197-204.

REFERENCES

1. Gabdrakhmanova A.F., Aleksandrov A.A. About the intraocular tumors timely diagnosis. Bashkortostan Medical Journal. 2015; 2: 140-141. (in Russ.).
2. Zukov R.A. et al. Results of the All-Russian Conference "Scientific and Practical Aspects of Modernization of the Cancer Service of the Regional Level". Siberian medical review. 2012; 77; 5: 101-104. (in Russ.).
3. Brovkina A.F. et al. Oftal'moonkologiya [Ophthalmooncology]. Moscow, Medicina, 2002: 424. (in Russ.).
4. Retinoblastoma: Klinicheskie rekomendacii. Available at: <http://www.avo-portal.ru/doc/fkr/approved/item/245-retinoblastoma> (accessed 2017 Dec. 25). (in Russ.).
5. Abramson D.H., Du T.T., Beaverson K.L. Retinoblastoma in the First Month of Life. Arch. Ophthalmol. 2002; 120; 6: 738-742. (in English).
6. Plotsky D. et al. Congenital retinoblastoma: a case report. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1987; 24; 3: 120-123. (in English).
7. Kivelä T.T., Hadjistilianou T. Neonatal Retinoblastoma. Asia Pac. J. Oncol. Nurs. 2017; 4; 3: 197-204. (in English).

УДК 616.8-002.6

© Э.А. Латыпова, М.Н. Ремидовская, Д.Р. Зиннатуллина, 2018

Э.А. Латыпова¹, М.Н. Ремидовская², Д.Р. Зиннатуллина² НЕЙРОСИФИЛИС С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер №1», г. Уфа

Цель работы – изучение особенностей клиники и диагностики нейросифилиса (НС) с офтальмологическими проявлениями.

В 2008-2017 гг. в РКВД № 1 г. Уфы пролечено 15 пациентов НС, из них 7 (46,7%) – в 2017 г.

Нами обследовано 7 пациентов с впервые выявленным НС в 2017 г. (четверо мужчин, трое женщин) в возрасте 33- 62-х лет. Диагностика НС проводилась на основании результатов серологических исследований крови и спинно-мозговой жидкости, консультаций невролога, дерматовенеролога, офтальмолога. У 5 пациентов первыми признаками нейросифилиса были офтальмологические проявления. У 2 пациентов (пожилой семейной пары) ранний асимптомный НС выявлен путем люмбальной пункции после перенесенного скрытого сифилиса.

У 4 больных менинговаскулярным НС поражение органа зрения проявилось развитием хориоретинита (1 пациент), увеита (2 ВИЧ-инфицированных пациента), ретробульбарного неврита (1) и двусторонней первичной атрофий зрительного нерва (ЗН) у 1 пациента с поздним НС. В 80% случаев (8 глаз) процесс был двусторонним с потерей зрения до уровня от сотых единиц до светоощущения в 87,5% случаев (7 глаз). Рост случаев НС, особенно менинговаскулярных форм с поражением органа зрения с потерей зрительных функций, малосимптомные неврологические проявления требуют дальнейшего совершенствования диагностики данной патологии.

Ключевые слова: нейросифилис, спинная сухотка, неврологические проявления, офтальмологические проявления нейросифилиса.

E.A. Latypova, M.N. Remidovskaya, D.R. Zinnatullina
OPHTHALMIC MANIFESTATIONS OF NEUROSYPHILIS

The purpose of the work is to study the features of the clinical picture, diagnosis of ophthalmic manifestations of neurosyphilis (NS).

During 2008-2017 15 patients with NS were being treated in the Republican Dermatovenereological Clinic №1 in Ufa, of them 7 (46.7%) in 2017.

We have examined 7 patients with newly diagnosed neurosyphilis (4 males, 3 females) aged 33-62. Neurosyphilis was diagnosed on the basis of a blood and cerebrospinal fluid study, a consultation of a neurologist, dermatovenereologist, ophthalmologist. In 5 patients neurosyphilis started with ophthalmic manifestations. In 2 patients (an old married couple) early asymptomatic neurosyphilis was determined by lumbar puncture after a latent syphilis.

In 4 patients with meningovascular neurosyphilis damage to the organ of vision was manifested by chorioretinitis (1 case), uveitis (2 HIV-infected patients), optic neuritis (1 patient), and bilateral primary optic nerve atrophy in 1 patient with late NS. 80% of cases (8 eye) showed bilateral process, vision loss was from decimal places to light perception in 87,5 % cases (7 eyes). Increasing cases of neurosyphilis, especially its meningovascular forms with damage to the organ of vision, low-symptomatic clinical manifestations require further improvement of the diagnosis of this pathology.

Key words: neurosyphilis, amyelotrophy, neurological manifestations, ophthalmic manifestations of neurosyphilis.

В последние годы в России на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечается увеличение числа зарегистрированных случаев нейросифилиса (НС) [2-4, 6, 7, 10]. Поражение нервной системы большого сифилисом обусловлено недостаточным лечением, алкоголизмом, наркоманией, снижением иммунной реактивности, пожилым возрастом [1-4,6]. Проявляется нейросифилис любыми неврологическими или психическими нарушениями, прогрессируя в течение нескольких месяцев или лет. При ранней форме нейросифилиса чаще всего развивается менинговаскулярный сифилис, в клинической картине которого преобладают симптомы поражения оболочек и сосудов мозга. К поздним его формам относятся: прогрессирующий паралич, спинная сухотка, атрофия зрительных нервов (ЗН) и другие патологии, в клинической картине которых преобладают симптомы поражения паренхимы мозга [7].

Поражение глаз, по данным литературы, встречается редко и обычно происходит на стадии вторичного или третичного сифилиса. Наиболее часто орган зрения в патологический процесс вовлекается при нейросифилисе [5, 7]. В раннем периоде НС чаще всего развиваются увеит, хориоретинит, нейроретинит, в позднем периоде у 10-15% больных НС – простая дегенеративная атрофия ЗН с характерным ранним симптомом Аргайла Робертсона. Из других офтальмологических проявлений НС могут встречаться глазодвигательные нарушения [7,10].

Решающую роль в диагностике нейросифилиса играет исследование спинно-мозговой жидкости с использованием серологических реакций [7,10,11].

В то же время диагностика нейросифилиса представляет значительные трудности и в настоящее время, что связано с неспецифичностью симптоматики поражения нервной системы, стертой клинических проявле-

ний, увеличением частоты скрытых форм НС по типу «молчащего» поражения нервной системы [7,10,11]. Исследования частоты встречаемости глазных проявлений НС и их значения в диагностике нейросифилиса в доступной литературе нами не обнаружены.

Цель работы – изучение особенностей клиники, диагностики нейросифилиса с офтальмологическими проявлениями.

Материал и методы

Проанализирована частота случаев нейросифилиса (НС) у больных, пролеченных в венерологическом отделении № 8 ГАУЗ РКВД № 1 г. Уфы за период 2008-2017 гг. В 2008-2009 гг. и 2015-2016 гг. было пролечено по 1 больному в год, в 2011 и 2012 гг. – по 2 и в 2017 г. – 7 больных нейросифилисом.

Изучены клинические особенности впервые диагностированного в 2017 г. нейросифилиса у 7 пролеченных в кожно-венерологическом диспансере больных (четверо мужчин, трое женщин) в возрасте от 33 до 62 лет. Социальный статус больных был следующий: 4 пациента трудоспособного возраста не работают, 2 пенсионера (муж с женой) и один работающий.

У 5 из 7 (71,4%) пациентов НС первыми признаками заболевания были офтальмологические проявления. У остальных 2-х пациентов (семейной пары в возрасте 62 и 58 лет) установлен ранний асимптомный НС после перенесенного скрытого сифилиса.

У 4 пациентов с менинговаскулярной формой НС поражение органа зрения проявилось развитием монолатерального хориоретинита (мужчина), двустороннего увеита (мужчина и женщина с сопутствующей ВИЧ-инфекцией), двустороннего ретробульбарного неврита (мужчина) и двусторонней атрофии зрительных нервов у 1 пациента (женщина) с поздней формой НС (спинной сухоткой).

Был проведен анализ данных анамнеза болезни (порядок обращения за медицинской

помощью, ведущие жалобы и время их возникновения), офтальмологического и неврологического статусов в динамике заболевания.

Данные серологического исследования крови во всех случаях подтвердили нейросифилис: реакция микропреципитации (РМП) резко положительная (4+), методом ИФА обнаружены антитела IgG к возбудителю сифилиса, средний суммарный коэффициент позитивности (КП) – 12,8 положительный, реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) – 4+. В ликворе наблюдались плеоцитоз – 10/3, положительные реакции Панди и Нонне – Апелъта, Ig G, РМП – 2+, КП – 13,1 положительный, РПГА – 4+.

Проведенное лечение включало бензилпенициллина натриевую соль кристаллическую по 12 млн ЕД внутривенно 2 раза в сутки ежедневно в течение 20 суток. По окончании курса пенициллинотерапии 2 инъекции бициллина по 12,4 млн. Ед 1 раз в 5 дней. Через 5 дней второй курс лечения по аналогичной схеме, завершаемый 3-мя инъекциями бициллина-1. Для предотвращения реакции обострения (в виде проявления или усугубления неврологической симптоматики) в первые 3 дня пенициллинотерапии назначался преднизолон однократно утром в снижающей дозе по схеме 90 – 60 – 30 мг. При переднем увеите назначены глазные капли – антибиотики, мидриатики и кортикостероиды.

Результаты и обсуждение

Результат проведенного исследования выявил рост случаев нейросифилиса за последний год. Всего за 2008-2017 гг. в венерологическом отделении № 8 ГАУЗ РКВД № 1 пролечено 15 пациентов с НС, из них 7 (46,7%) – в 2017 г. Возможно, это связано с началом госпитализации больных в венерологические, а не в неврологические отделения, как было ранее.

Из 7 пациентов у 2 (семейная пара в возрасте 62 и 58 лет) отсутствовали как неврологические, так и офтальмологические проявления заболевания. Диагноз асимптомный нейросифилис с цереброваскулярным заболеванием и хронической ишемией головного мозга основывался на данных анамнеза (в 2015 г. перенесли ранний скрытый сифилис) и исследования ликвора.

У 5 (71,4%) пациентов первые клинические проявления НС возникли со стороны органа зрения. При обращении к офтальмологу у всех были выявлены положительные реакции на сифилис. В 3-х случаях (5 глаз) в патологический процесс был вовлечен сосудистый тракт глаза, в 2 случаях (4 глаза) вовлечены зрительные нервы.

Один пациент перенес центральный хориоретинит (ЦХР). Кроме характерных жалоб на появление пятна и снижение зрения в правом глазу больного беспокоили боли в правой глазнице, головные боли в височной области справа больше года (с лета 2013 года), что вынудило обратиться к офтальмологу. Наряду с лечением ЦХР в начале 2015 г. пациент прошел курс лечения у дерматовенеролога по поводу скрытого сифилиса с улучшением зрения (OD/OS – 0,8 с корр. – 0,5Д / 0,9). После курса лечения жалобы повторялись периодически в течение двух лет. В ноябре 2017 г. неврологом обнаружены легкое снижение фотореакции и недостаточность конвергенции справа, асимметричное лицо и после люмбальной пункции установлены специфическое поражение нервной системы, стойкие остаточные явления сифилитического менингovasкулита с глазодвигательными нарушениями.

У 2-х ВИЧ-инфицированных пациентов клиническая картина менингovasкулярного НС с расстройством вегетативной нервной системы проявилась снижением зрения сначала в одном, через 2-3 месяца в другом глазу, по поводу чего один из пациентов обратился к офтальмологу через год, другой – через два года. В первом случае диагностирован двусторонний фибринозный увеит с нейроретинитом, во втором – двусторонний увеит в стадии ремиссии, осложненный двусторонней катарактой и отслойкой сетчатки в одном глазу со снижением зрения до уровня OD/OS – 0,01/0,6 без корр. в одном случае и светоощущение или счет пальца у лица в другом случае. Концентрическое сужение наружных границ поля зрения до 30° – 0° от точки фиксации в обоих случаях свидетельствовало о вовлечении в воспалительный процесс зрительных нервов. Известно, что время появления фибринозного увеита чаще совпадает с развитием вторичного сифилиса, когда происходит генерализация инфекции [8,9], хотя эти пациенты в анамнезе сифилис отрицали.

У 1 пациента развился двусторонний ретробульбарный неврит с характерным ухудшением центрального зрения и цветоощущения в течение года (начал видеть все в черно-белом цвете). В 2014 г. самостоятельно обратился в ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии», где ему неоднократно проводилось оперативное вмешательство на ЗН. Во время предоперационной подготовки обнаружены положительные серологические реакции на сифилис, по поводу чего пациент получил у венеролога анонимное лечение. После операции цветоощу-

чение восстановилось, но снижение зрения прогрессировало последние 3 года, особенно в правом глазу (OD/OS – 0,02/0,06 не корр., в поле зрения центральная скотома размерами до 10-30° от точки фиксации), в этой связи пациент 02.11.17 г. снова обратился к дерматовенерологу. После люмбальной пункции неврологом был диагностирован менингovasкулярный сифилис с двусторонней поствоспалительной атрофией ЗН.

Другая пациентка, женщина 48 лет, сифилис перенесла в 19-летнем возрасте, реинфекцию – в последние годы (муж прошел курс специфической терапии в 2015 г.). Нарушение походки и координации связывала с безболезненным падением зрения сначала в левом, затем в правом глазу последние 6 месяцев и обратилась к офтальмологу. С двусторонней первичной атрофией ЗН сифилитического генеза (острота зрения 0,09/0,03 и концентрическое сужение полей зрения) пациентка направлена 16.02.17 г. к венерологу и неврологу. Последними после обследования (21.03.17) выявлены признаки позднего нейросифилиса с хроническим прогрессирующим течением: сухотка спинного мозга с сенситивной атаксией легкой степени, двусторонней пирамидальной недостаточностью, атрофией зрительных нервов (синдром Аргайла Робертсона), трофическими изменениями нижних конечностей.

Неврологическая симптоматика менингovasкулярного НС у 4 пациентов была слабовыраженной и проявлялась вялой фотореакцией зрачка, ослаблением конвергенции и аккомодации, сглаженностью носогубной складки, покачиванием в позе Ромберга при сохранении сухожильных рефлексов, мышечного тонуса и отсутствием менингеальных симптомов. Только у 1 пациента спинная сухотка (поздняя форма НС) проявилась специфическими симптомами легкой степени (синдромом Аргала Робертсона, нарушением походки, координации и др.).

Для демонстрации материала представлен клинический случай.

Больной З., 34 лет, неработающий, разведен, в октябре 2017 г. поступил в кожно-венерологический диспансер на 2-й курс лечения с диагнозом менингovasкулярный нейросифилис с симптомами поражения органа зрения, легким вестибулоатактическим синдромом.

В анамнезе сифилис отрицает, ВИЧ-инфицированный. Наблюдается у офтальмолога больше года с жалобами на снижение зрения (туман в глазах) сначала в правом, через 2 месяца в левом глазу, светобоязнь, ухудшение боко-

вого зрения, искажение изображения предметов. В мае 2017 г. наряду с резким ухудшением зрения в правом глазу появились головокружение и шаткость при ходьбе. В сентябре 2017 г. при проведении лабораторных исследований определены положительные серологические реакции на сифилис и пациент был направлен на консультацию к дерматовенерологу. Учитывая жалобы, положительные результаты крови и ликвора на сифилис, специалисты диагностировали специфическое поражение нервной системы, менингovasкулярный нейросифилис с поражением органа зрения, глазодвигательных нервов, легким вестибуло-атактическим синдромом. Больному срочно проведен 1-й курс пенициллинотерапии.

При поступлении больного на 2-й курс лечения (24.10.17) выявлена рассеянная неврологическая симптоматика: в сознании, зрачки D=S, фотореакция снижена, парез конвергенции справа. Легкая асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Двигательных и чувствительных расстройств нет. В позе Ромберга легкое покачивание, тремор век. Менингеальные симптомы отсутствуют.

Офтальмологический статус (от 25.10.17). Острота зрения OD/OS – 0,04 не корр./ 0,6 не корр. Внутриглазное давление 18/15 мм рт. ст. Концентрическое сужение наружных границ поля зрения обоих глаз до 50-10° от точки фиксации. Блефароспазм. Выраженная перикорнеальная инъекция. На эндотелии роговицы преципитаты. Радужка отечная, сосуды ее полнокровные, зрачки медикаментозно расширены неравномерно, мощные задние синехии, сращенные с передней капсулой хрусталика. При офтальмоскопии справа диск зрительного нерва (ДЗН) не визуализируется вследствие интенсивного помутнения стекловидного тела над ним, слева – ДЗН гиперемирован, границы ступеваны, вены расширены, полнокровные. На В-скане в стекловидном теле эхосигналы средней и высокой амплитуды, шварты справа. С диагнозом двусторонний увеит, нейроретинит сифилитической этиологии, затяжное течение на фоне базовой специфической терапии [7, 9] были назначены инстилляции антибиотиков, мидриатиков, гормонов.

Данные серологического исследования крови: РМП резко положительная (4+); результат ИФА на Ig M отрицательный, Ig G обнаружены, суммарный КП – 14,2 положительный; РПГА – 4+, анализ на ВИЧ положительный. Цереброспинальная жидкость бесцветная, прозрачная, цитоз: сегментоядерные 6/3; лимфоциты 9/9, белок 0,3 г/л, реакция

Панди +++, реакция Нонне–Апельта +, глюкоза 2,2 ммоль/л, РМП – коагуляция, результат ИФА на Ig M отрицательный, Ig G обнаружены, суммарный КР – 16,5; РПГА – 4+.

Данный клинический случай показал раннее поражение нервной системы сифилитической инфекцией у ВИЧ-инфицированного пациента, что, возможно, было связано снижением иммунной реактивности организма у данного контингента больных. Заболевание выявлено через год после появления офтальмологических симптомов. Учитывая факт наиболее частого поражения сосудистого тракта и зрительного нерва при сифилисе [9,10], еще при первом обращении пациента к офтальмологу необходимо было провести серологические тесты для уточнения этиологии увеита. При своевременном проведении противосифилитической терапии возможно было бы избежать развития нейросифилиса и его осложнений. Известно, что НС несет прямую угрозу жизни больного, и поэтому фактор времени в его диагностике играет определяющую роль в плане прогноза и течения заболевания [6].

Таким образом, в настоящее время отмечается рост случаев нейросифилиса. Пора-

жение нервной системы у 5 пациентов (71,4%) наступило после перенесенного сифилиса, у 2 ВИЧ-инфицированных пациентов (28,6%) – сразу после заражения. У 6 пациентов (85,7%) выявлена ранняя форма НС, преимущественно менингovasкулярная (57%), что соответствовало сроком заражения 1-4 года. В 71,4% случаев ранними симптомами НС были глазные проявления с развитием увеита, хориоретинита, оптического неврита, первичной атрофии ЗН. В 80% случаев (8 глаз) процесс был двухсторонним с потерей зрения до уровня от сотых единиц до светоощущения в 87,5% случаев (7 глаз). Неврологические проявления НС в большинстве случаев были мало выраженными и неспецифическими.

Выводы

Рост случаев нейросифилиса, особенно менингovasкулярных форм, малосимптомные неврологические проявления НС, раннее вовлечение в патологический процесс органа зрения с потерей зрительных функций требуют дальнейшего совершенствования диагностики и лечения данной патологии, что может быть достигнуто совместными усилиями дерматовенеролога, невролога и офтальмолога.

Сведения об авторах статьи:

Латыпова Эльмира Анваровна – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. E-mail: latipovaelm@yandex.ru. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. / факс: 8(347)223-24-21.

Ремидовская Милада Николаевна – зав. отделением № 8 ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1». Адрес: 450027, г. Уфа, ул. Индустриальное шоссе, 42. Тел./факс 8(347)242-97-55.

Зиннатуллина Диля Рифовна – врач-дерматовенеролог отделения № 8 ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1». Адрес: 450027, г. Уфа, ул. Индустриальное шоссе, 42. Тел./факс 8(347)242-97-55.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев, А.П. Об особенностях сифилиса нервной системы / А.П. Бакулев, О.В. Колоколов, А.П. Суворов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 4. – С. 53-57.
2. Особенности диагностики раннего нейросифилиса / Е.А. Бичун [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 516.
3. Современные клинико-эпидемиологические особенности нейросифилиса / П.В. Городничев [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 6. – С. 20-25.
4. Катунин, Г.Л. Нейросифилис: эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика / Г.Л. Катунин, Л.Е. Мелехеева, Н.В. Фриго // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 5. – С. 40-49.
5. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Глава 14 «Увеиты» Дж. Кански: пер. с англ./ под ред. В.П. Еричева. – М.: Логосфера, 2012. – С. 74-76.
6. Табакман, В.И. Сложности диагностики нейросифилиса [Электронный ресурс] / В.И. Табакман, С.В. Табакман, И.В. Кунцевская. – URL: <http://www.eurolab/ua/encyclopedia/565/47247/> (дата обращения: 20.01.2017).
7. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями. – М.: ДЕЛОВОЙ ЭКСПРЕСС, 2012. – 112 с.
8. Кроль, А.Г. Сифилитические заболевания сосудистого тракта: многотомное руководство по глазным болезням / под ред. В.Н. Архангельского. – М., 1960. – Т. II. – С. 393-405.
9. Трон, Е.Ж. Некоторые клинические формы невритов зрительного нерва: многотомное руководство по глазным болезням / под ред. В.Н. Архангельского. – М., 1962. – Т. III. – С. 151-152.
10. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – С. 679-721.
11. Фриго, Н.В. Современные иммунологические методы исследования цереброспинальной жидкости у больных нейросифилисом / Н.В. Фриго [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – № 6. – С. 49-58.

REFERENCES

1. Bakulev, A.P., Kolokolov O.V., Suvorov A.P. Ob osobennostyakh sifilisa nervnoj sistemy [On the peculiarities of syphilis of the nervous system]. Vestnik dermatovenerologii [Vestnik of dermatology]. 2002; (4): 53-57. (in Russ).
2. Bichun E.A. et al. Features of diagnostics of early neurosyphilis. Modern problems of science and education, 2015, 5, 516. (in Russ).
3. Gorodnichev P.V. et al. Urrtent clinical and epidemiological features of neurosyphilis. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2012; (6): 20-25. (in Russ).
4. Katunin G.L., Melekhina L.YE., Frigo N.V. Neurosyphilis: epidemiology, pathogenesis, clinical course and laboratory diagnostics. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2013; (5): 40-49. (in Russ).

5. Kanski Dzh. Klinicheskaya oftal'mologiya: sistematizirovannyi podkhod. Glava 14 «Uveity» [Clinical ophthalmology: a systematic approach. Chapter 14: Uveites]. Moscow, Logosfera. 2012: 74–76. (in Russ).
6. Tabakman V.I. Tabakman S.V., Kuntsevskaya I.V. Complexities of Neurosyphilis Diagnostics. Available at: <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/47247/> (Accessed January 20, 2017). (in Russ).
7. Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh infektsiyami, peredavaemyi polovym putem, i urogenital'nyimi infektsiyami [Clinical practice guidelines for the management of patients with sexually transmitted infections and genitourinary infections]. Moscow, Delovoi ekspres. 2012: 112. (in Russ).
8. Krol', A.G. Sifiliticheskie zabolevaniya sosudistogo trakta. // Mnogotomnoe rukovodstvo po glaznym boleznyam [Syphilitic diseases of the vascular tract: a multi-volume guide to eye diseases]. Moscow, 1960; (3): 405. (in Russ).
9. Tron, E.Zh. Nekotorye klinicheskie formy nevroitov zritel'nogo nerva // Mnogotomnoe rukovodstvo po glaznym boleznyam [Some clinical forms of optic neuritis: a multi-volume guide to eye diseases]. Moscow, 1962; (3): 151-152. (in Russ).
10. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii. Dermatovenerologiya 2015: Bolezni kozhi. Infektsii, peredavaemye polovym putem [Federal clinical guidelines. Dermatology 2015: diseases of the skin. Of sexually transmitted infections]. Moscow, Delovoi ekspres. 2016, 721. (in Russ).
11. Frigo, N.V. et al. Sovremennye immunologicheskie metody issledovaniya tserebrospinal'noi zhidkosti u bol'nykh neirosifilisom [Modern immunological methods of studying cerebrospinal fluid in patients with neurosyphilis]. Vestnik dermatologii i venerologii. 2011; (6): 49-58. (in Russ).

УДК 617.711-07:616.61-002.151-06

© Коллектив авторов, 2018

Х.Х. Мурзабаев, Р.А. Батыршин, Г.Ф. Батыршина, Л.Р. Идрисова
**ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА
 БУЛЬБАРНОЙ КОНЬЮНКТИВЫ, ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК
 ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ**
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В статье рассматриваются результаты изучения изменений сосудов микроциркуляторного русла бульбарной конъюнктивы, печени и почек при геморрагической лихорадке с почечным синдромом. Обследовано 17 пациентов с тяжелой формой геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Определяли периваскулярные, внутрисосудистые и сосудистые изменения микроциркуляторного русла. Периваскулярные изменения бульбарной конъюнктивы сопровождались отеком, субконъюнктивальными геморрагиями и гемосидерозом. Внутрисосудистые изменения в венах, капиллярах и артериолах характеризуются агрегацией эритроцитов, замедлением тока крови, ретроградным движением крови и стазом. Сосудистые изменения бульбарной конъюнктивы сопровождаются неравномерностью калибра венул, наличием аневризм, извитостью венул и артериол, нарушением функций капилляров и их сочетанием. В олигоанурический период геморрагической лихорадки с почечным синдромом были выявлены значительные изменения микроциркуляторного русла бульбарной конъюнктивы, печени и почек. Установлено, что биомикроскопический способ обследования бульбарной конъюнктивы является информативным методом исследования, позволяющим оценить общие процессы нарушения микроциркуляторного русла глаза и внутренних органов.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, микроциркуляторное русло, бульбарная конъюнктура.

Kh.Kh. Murzabaev, R.A. Batyrshin, G.F. Batyrshina, L.R. Idrisova
**DAMAGE OF MICROCIRCULATION OF BULBAR CONJUNCTIVA, LIVER
 AND KIDNEY DURING HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME**

The article views the results of studies of changes in the vessels of the microcirculatory bed of bulbar conjunctiva, liver, kidneys during hemorrhagic fever with renal syndrome. 17 patients with severe form of hemorrhagic fever with renal syndrome were examined. Perivascular, intravascular and vascular changes in the vessels of the microcirculatory bed were determined. Perivascular changes in bulbar conjunctiva were accompanied by edema, subconjunctival hemorrhages and hemosiderosis. Intravascular changes in venules, capillaries and arterioles are characterized by aggregation of erythrocytes, slowing of blood flow, retrograde movement of blood and stasis. Vascular changes in bulbar conjunctiva are accompanied by uneven venule caliber, aneurysm, tortuosity of veins and arterioles, capillary function disorder and their combination. During oligoanuric period of hemorrhagic fever with renal syndrome significant changes in microcirculation in bulbar conjunctiva, liver and kidneys were determined. It is established that a biomicroscopic method of investigation, which can be an informative method of research, allows to assess common processes of microcirculatory disorders of eyes and internal organs.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, microcirculation, bulbar conjunctiva.

Территория Республики Башкортостан является эндемичной по заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) [1,2]. ГЛПС – острое вирусное заболевание, характеризующееся строгой цикличностью, явлениями интоксикации, геморрагическим и почечным синдромами. Вирус ГЛПС оказывает непосредственное воздействие на стенки сосудов, приводит к по-

вышению проницаемости, хрупкости и ломкости сосудистой стенки. Деструкция артерий и капилляров приводит к нарушению микроциркуляции и наличию периваскулярного отека. Раннее включение в патологический процесс мелких сосудов подтверждается и клиническими проявлениями [1,3].

Цель исследования – изучение микроциркуляторного русла (МКЦР) бульбарной